Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 października 1884. № 40. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.
Skreślił Dr. H. Schramm,
asystent kliniki.
(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Z pomiędzy 14 chorych, operowanych w klinice prof. Mikulicza, rany we wszystkich zgoiły się bezpośrednio z wyjątkiem u tych, u których prawdopodobnie w skutek przypadkowego zanieczyszczenia drutu przyszło do ograniczonego ropienia w kanale szwu. Natomiast po wyłuszczeniu wola, mimo najstaranniejszego zachowania przepisów antyseptyki i przy najściślejszém wykonaniu operacyi, występować mogą różne objawy chorobowe tak miejscowe jak i ogólne.

Do miejscowych zaliczam trudności w połykaniu, jakie występowały u wszystkich naszych chorych i trwały w rozmaitym stopniu nasilenia przez 2 lub 3 dni po operacyi. Sprawa ta, niemająca zresztą żadnego ważniejszego znaczenia, tłumaczy się poprostu tém, że przy połykaniu porusza się tchawica i ruch ten sprawia w świeżéj ranie ból i utrudnia połykanie, nigdy jednak w takim stopniu, aby potrzeba chorego karmić zgłębnikiem. Na większą uwagę zasługują zmiany w unerwieniu krtani. Z pomiędzy naszych chorych badanie wziernikiem krtaniowym po operacyi wykazało u 3 chorych niedowład jednego z więzadeł głosowych, mimo że u żadnego z nich nerw krtaniowy dolny z pewnością nie został przecięty. Zmiana ta utrzymywała się po operacyi różnie długo, od 7 dni do 14 tygodni, poczém głos wracał do pierwotnéj siły, tylko u 6téj choréj stwierdzono porażenie prawego więzadła jeszcze w 3 miesiące po operacyi. Głos téj choréj bardzo słaby poprawił się znacznie po zastósowaniu prądu elektrycznego na krtań, a mówienie dawniéj dla choréj bardzo męczące stało się już swobodne.

W obec tego, że w tym przypadku nerw krtaniowy nie był przecięty, musimy sobie powyższe zboczenie tłumaczyć tylko mechanicznem drażnieniem nerwu przy oddzielaniu go od sąsiednich tkanin lub może, jak to przypuszcza Bardeleben (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir.* XII *Congress*), przez działanie nań karbolu.

Daleko większe znaczenie niż to najczęściéj przemijające porażenie więzadeł głosowych ma inna choroba następowa, jaka pojawia się czasem po wyłuszczeniu wola. Jest nią tetanija. Choroba ta, którą jak wiadomo opisał pierwszy Steinheim (1830) a Trousseau, Kussmaul i Erb zbadali dokładnie, już od dawna znaną była internistom. Z początku dopatrywano jéj związku z pewnemi zajęciami, mianowicie miała ona się pojawiać u krawców i szewców. Wkrótce przekonano się jednak o mylności tego zdania, tetaniję spostrzegano u ludzi różnego stanu i wieku, a jako przyczynę jéj obwiniano częste zaziębienie i drażnienie obwodowe, mianowicie zboczenia w przewodzie pokarmowym, w następstwie po chorobach zakaźnych, po zapaleniu nerek, u dzieci podczas ząbkowania, po silnych wzruszeniach umysłowych. Nadto Weiss w rozprawie swéj o tetanii (*Volkmann's Sammlung klin. Vortr.* 189) kładzie nacisk na częste pojawianie się tetanii w pewnych porach roku i epidemiczne jéj występowanie. W najnowszych dopiero czasach przekonano się, że także wyłuszczenie gruczołu tarczykowego może się stać przyczyną tetanii i pierwszy zwrócił uwagę na to Weiss który w wspomnianéj rozprawce opisuje cztery takie przypadki z kliniki Billrotha. Odtąd chorobę tę spostrzegano kilkanaście razy, tak że Weiss w odczycie o tetanii w Towarzystwie lekarskiém wiedeńskiém (*Wiener med. Blätter* 1883) mógł się już oprzeć na 13 przypadkach. Réverdin (l. c.) opisuje z pomiędzy 22 operowanych z powodu wola trzy przypadki. Szumann (*Gazeta Lekarska* 1883, Nr. 52) spostrzegał ją u jednéj choréj, pośród opisanych 14 przypadków z kliniki prof. Mikulicza wystąpiła tetanija 3 razy, zatém liczba znanych mi z literatury przypadków wynosi 20.

Co do wieku chorych, u których po wyłuszczeniu wola rozwinęła się tetanija, były to najczęściéj osoby młode, między 18 a 24 rokiem życia; zgadza się to także z spostrzeżeniami w tetanii z innych przyczyn, która także występuje najczęściéj u ludzi młodych przed 30 rokiem życia, rzadko bardzo u starszych.

Co do płci chorych to z wyjątkiem 2 mężczyzn operowanych w klinice prof. Mikulicza, spostrzegano tetaniję po wyłuszczeniu wola dotychczas tylko u kobiet, dla których więc, jak się zdaje, operacyja ta pod tym przynajmniéj względem jest niebezpieczniejsza, niż dla mężczyzn. Może być jednak, że w obec małéj liczby spostrzeżeń ten niestosunek mężczyzn do kobiet jest rzeczą tylko przypadkową, tym bardziéj, że w tetanii z innych przyczyn płeć nie ma żadnego wpływu na częstość choroby, a nawet u małych chłopców ma się ona pojawiać częściéj niż u dziewcząt. Zresztą trzeba zwrócić uwagę, że u kobiet częściéj operuje się wól niż u mężczyzn, a więc przy uwzględnianiu tetanii następowéj u mężczyzn i kobiet trzeba i to także mieć na uwadze. Że wyłuszczenie wola stoi w związku przyczynowym z następową tetaniją, to nie ulega już żadnéj wątpliwości; jaki jednak jest ten związek, tego jeszcze wytłumaczyć nie możemy. Weiss kładzie nacisk na to, że tetanija występuje po zadrażnieniu narządów obfitujących w nerwy spółczulne i powiada: „o macicy i jelitach jest to wiadomém, a co do gruczołu tarczykowego wobec obfitego unaczynienia prawdopodobném.“ Pomijając już to, że na poparcie tego wpływu zadrażnienia nerwów sympatycznych na tetaniję nie podaje Weiss żadnego ścisłego dowodu, że w obec przypadków, w których po śmierci osób dotkniętych tetaniją znaleziono pewne zmiany w rdzeniu pacierzowym i przedłużonym (Langhals, Weiss) znane są i takie, w których zmian tych nie znaleziono, Eichhorst (*Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie*) powiada, że w tetanii zmian anatomicznych, któreby były przyczyną téj nerwicy, prawdopodobnie nie ma, że choroba ta polega jedynie na zboczeniach funkcyjonalnych. W każdym razie zasługuje na uwagę, że z pomiędzy najrozmaitszych zabiegów chirurgicznych jedynie po wyłuszczeniu wola, i to tylko po całkowitém usunięciu tego gruczołu, spostrzegano tetaniję. Ani operacyje na macicy, ani nieraz długotrwałe operacyje na kiszkach i żołądku, ani wyłuszczenie wielkich i często bardzo unaczynionych nowotworów szyi, przy których przecinano grube nerwy, nie wywołują, przynajmniéj o ile mnie wiadomo, tetanii. Również częściowe wyłuszczenia gruczołu tarczykowego, lubo nieraz połączone były z większemi trudnościami i trwały dłużéj niż w innych przypadkach oddalenia całego gruczołu, nie wywoływały tetanii. Tylko u dwóch chorych, u jednéj po wyłuszczeniu prawéj połowy gruczołu (przyp. 11), u drugiego po wyjęciu prawie całego gruczołu i pozostawieniu tylko małego kawałka prawego dolnego płatu (przyp. 13), wystąpiły objawy lekkiego zadrażnienia ustroju nerwowego, jakoby zapowiedzi tetanii, o tyle że po ucisku na pnie nerwowe, u pierwszéj tylko w odnogach górnych, u drugiego także na dolnych, występowały lekkie drgawki w odpowiednich mięśniach. Objawy te utrzymywały się jednak tylko przez kilkanaście godzin, do samoistnych charakterystycznych napadów tetanii nie przyszło całkiem. Zdaje się więc, że gruczoł tarczykowy ma dla całego ustroju dość wielkie znaczenie.

Tetanija po wyłuszczeniu wola występowała zazwyczaj w 2 lub 3 dniu, czasem, np. w naszym 10 przypadku, już w kilka godzin po operacyi. Trwanie jéj i rozmaite nasilenie napadów nie stało w żadnym związku z trwaniem i trudnością operacyi. U dziesiątego z naszych chorych np. operacyja była względnie łatwa, wyłuszczanie gruczołu, którego lewa połowa stanowiła płat tylko bardzo mały, odbyło się bez żadnych trudności, mimo to tetanija u tego chorego była bardzo silna, zajęła nawet mięśnie kadłuba i utrzymywała się przez czas długi, podczas gdy u dwóch innych chorych, u których wyłuszczenie wola było trudniejsze i utrata krwi większa, napady tetanii były krótkie, rzadkie i ustąpiły po kilku dniach bez śladu.

Co do objawów tetanii po wyłuszczeniu wola to nie potrzebuję ich długo opisywać. Są one takie same jak po tetanii z innych przyczyn. Dla nas ważne jest tylko, że tetanija nie wpływa całkiem na przebieg rany, która mimo pojawienia się téj nerwicy może zgoić się *per primam*, jak to miało miejsce u wszystkich trzech chorych prof. Mikulicza.

Mimo to rokować po wystąpieniu tetanii musimy dość ostrożnie, gdyż nie możemy powiedzieć z góry, kiedy napady ustaną i jak się skończą. Znane są bowiem przypadki, że tetanija po wyłuszczeniu wola trwała przez kilka, nawet kilkanaście, miesięcy, a z pomiędzy 20 wspomnianych wyżéj przypadków téj choroby, 8 razy nastąpiło zejście śmiertelne (o 7 przypadkach wspomina Weiss, o jednym Réverdin). Wobec tego więc musimy się z tetaniją liczyć i uważać ją jako jeden z powodów do ograniczenia wskazań do wyłuszczenia wola całkowitego. Leczenie tetanii polega na podawaniu leków nasennych, zwłaszcza chloral oddaje tu znakomite usługi.

Drugą nie mniéj ważną chorobą ogólną, jaką może za sobą pociągnąć całkowite wyłuszczenie wola, są zboczenia w odżywianiu całego ustroju, prowadzące do tak zwanéj *cachexia strumipriva*. Na zboczenie to zwrócił uwagę pierwszy Réverdin (*Revue médicale de la Suisse rom.* 1883 Nr. 4—6) a Kocher na przeszłorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie omówił tę sprawę obszernie. Zboczenie to, uważane dotychczas tylko po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego cechuje się ogólném zniedołężnieniem, przytępieniem władz umysłowych, chory staje się ociężały, traci ochotę do pracy, twarz jego staje się obrzmiała, barwy ziemistéj i przybiera wyraz głupkowaty, właściwy kretynom. Réverdin zauważył w jednym przypadku zboczenia w równowadze ciała, w innym przemijający białkomocz. Przyczyna tych zmian nie jest jeszcze wytłumaczona, nawet tak dalece, że niektórzy chirurgowie zaprzeczają związku między wyłuszczeniem wola a zajmującą nas chorobą. Bardeleben np. przy dyskusyi nad rozprawą Kochera wypowiedział zdanie, że charłactwo to może być tylko dalszym objawem kretynizmu, którego pierwszym zwiastunem było obrzmienie gruczołu tarczykowego, że więc w danym przypadku byłoby się rozwinęło także bez wyłuszczenia wola. Również Wölfler nie wiele przypisywał wagi téj chorobie, opierając się na tém, że z pomiędzy wielu przypadków operowanych w klinice prof. Billrotha nie spostrzegano jéj ani razu. Zdaje się jednak, że ci ostatni nie całkiem mają słusznie. Występowanie choroby w kilka miesięcy po wyłuszczeniu wola, pojawienie się jéj jedynie po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego, wreszcie poprawa stanu, spostrzegana u niektórych chorych, przemawiają za tém, że *cachexia strumipriva* jest chorobą samoistną, wywołaną przez wydalenie gruczołu tarczykowego z ustroju. Jaki jest jednak związek między jedną a drugą sprawą, tego dotychczas stanowczo powiedzieć nie możemy. Kocher odnosi zboczenie w odżywianiu całego

ustroju do utrudnionego przystępu powietrza do płuc z powodu zaniku i zwężenia tchawicy, jakie występuje po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego, przyczém wiele naczyń idących do tchawicy zostaje przeciętych. Baumgärtner spostrzegł u wszystkich swych 4 chorych w mniejszym lub większym stopniu porażenie rozwieraczy głośni, sprawiające znaczne zwężenie głośni, tak że u dwóch musiano otworzyć tchawicę, poczém objawy charłactwa ustąpiły; u dwóch innych stósowanie prądu elektrycznego przywróciło czynność porażonych mięśni. Na podstawie tych spostrzeżeń odnosi Baumgärtner rozwój *cahexiae strumiprivae* również do utrudnionego przystępu powietrza do płuc, głównie z powodu zmian w unerwieniu krtani, wywołanych przez ucisk kurczącéj się blizny na nerw krtaniowy. Dla tego podał B. wyżéj opisany sposób operowania wola. Przeciwnie Réverdin odnosi rozwój charłactwa do zmian w czynnościach ośrodków nerwowych, wywołanych przez wydalenie gruczołu tarczykowego. Za tém, albo raczéj tylko przeciw zapatrywaniom Kochera i Baumgärtnera, przemawia spostrzeżenie Königa (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Chir.* XVII Congress), który u chłopca cierpiącego na znaczną duszność po wyłuszczeniu wola, wykonał tracheotomiję, tak że przystęp powietrza do płuc był zupełnie swobodny i dostateczny. Mimo to *cachexia* rozwinęła się w całéj pełni. — U naszego wyżéj opisanego chorego (Nr. 9) nie było żadnych objawów zwężenia tchawicy lub krtani. Głos był czysty, oddech swobodny. Więzadła głosowe prawidłowo ruchome, tchawica, którą można było wymacać przez skórę, była elastyczna, a zgniecenie z boku na bok, bardzo wybitne śród operacyi, wyrównało się prawie zupełnie, tak że nie było żadnych danych, aby u tego chorego przystęp powietrza do płuc był utrudniony, a mimo to *cachexia strumipriva* była bardzo wybitna. Jeżeli zważymy nadto, że wyjęcie całego gruczołu tarczykowego wywołać może znaczne zmiany w czynnościach ośrodków nerwowych, jak o tém świadczy pojawienie się tetanii, stwierdzone niejako najnowszemi doświadczeniami J. Wagnera (*Wiener med. Presse* 1884, Nr. 25) na królikach, to możnaby nabrać przekonania, że na wytępienie charłactwa po wyłuszczeniu całego gruczołu tarczykowego mają główny wpływ zmiany w ośrodkach nerwowych. Wykazać zaś, jakie są te zmiany, dla czego występują nie zawsze po wyłuszczeniu wola, dla czego u jednych chorych ustępują, u innych potęgują się coraz bardziéj, słowem wynaleźć istotę tego szczególnego charłactwa i znaleźć sposób zapobiegania jego wystąpieniu, to musi być rzeczą dopiero dalszych doświadczeń.

II. O skutecznem leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał **Dr. Henryk Jeleński** z Działoszyc.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

6. M. Okarmus, szewc, lat 18, dobrze i prawidłowo zbudowany, nie przypomina sobie żadnych przebytych chorób. D. 2/4 1882 r. zachorował na gorączkę, przeplataną częstemi dreszczykami obok bólu głowy, lecz czekał bez porady do 5/4, chor. 4. Wtedy wezwany znalazłem *status praes.*: Silny ból głowy z zawrotem przy wszelkim ruchu, szum w uszach, brak snu i jakieś odurzenie, brak łaknienia, pragnienie nieugaszone, kaszel rzadki, śledziona powiększona, bolesna przy ucisku, okolica kątnicy wrażliwa, biegunka 4—5 stolców przez dzień. C. 39·2°, t. 108, odd. 36. Rozpoznano początek duru brzusznego i przepisano: *Acid. muriat. dil.* 2,0:200,0 mięszanki, *2horio cochl.*, *externe* zimne okłady, jak zwykle. D. 6/4, chor. 5go, stan jednaki. D. 7/4, chor. 6go, zmiany nie wiele. C. 39·4°, t. 110, lek. kontynuuje. D. 8/4, chor. 7, noc bezsenna z ciągłém bredzeniem, biegunka nie zmniejsza się, mocz zawiera nieco białka, ogólne osłabienie. C. 39·6°, t. 110. Przepisano *Kali jodat.* 2,00:230,0 mięszanki ślazowéj *2horio cochl.*; zewnętrznie jak dawniéj. D. 9/4, chor. 8go, różyczka się pojawiła, zresztą bez zmiany, lekowanie to samo. D. 10/4, chor. 9, noc bezsenna z majaczeniem, znaczny niepokój, osłabienie, wysypka obfita, stolce dwa. C. 39·8°, t. 116; przepisano: *Camph.* 0,20:200,0 w emulsyi migdałowéj naprzemian z jodkiem, wino i posilne pożywienie. D. 11, 12 kwietnia, chor. 10, 11, stan jednaki, chory zażywa sam jodek bez kamfory. D. 13, 14 kwietnia sen nieco lepszy, bredzi lecz nie wiele, stolca nie było, mocz bez białka. C. 39°, t. 100, jodek, wino, okłady daléj. Dnia 15/4, chor. 14, chory ma się lepiéj. C. 38·4°, t. 90. D. 16/4, chor. 15, jodek kończy a zresztą wszystko dobrze. W kilka dni póżniéj chory pokrzepiony wstał i bez następstw wyzdrowiał; jodku wyżył 12,00.

7. M. Rodzenek, kramarz na wsi, lat 37, szczupłéj budowy, z wywiadów niczego się dowiedzieć nie można, prócz że dnia 5/4 1882 zasłabł na jakąś gorączkę. Na wsi zamieszkały szukał domorodnych środków leczenia, atoli bez skutku. Do miasta przyjechał dopiero 14/4, chor. 9, przy badaniu znalazłem stan obecny ze zwykłemi objawami duru brzusznego w zupełnym rozwoju. Nie brakło ani obfitéj różyczki, ani biegunki, do 6 stolców przez dzień; moczu nie było na pokaz. C. 39·4°, t. 110. Przepisano *Kali jodat.* 2,0:230,0 *Dti rad. alth. 2horio cochl.*, zimne okłady i obmywania, pożywna dyjeta. D. 15/4, chor. 10, zmiany żadnéj, lek bierze daléj. D. 16/4, chor. 11, stolców mniéj, inne oznaki bez zmiany. C. 39·2°, t. 106, bierze lek jodowy i wino. D. 17/4, chor. 12, nie ma poprawy, majaczy wiele i narzeka bardzo na osłabienie. C. 39·4°, t. 108. Przepisano *Camph.* 0,6 na proszek i takich proszków ośm naprzemian z jodkiem a reszta ordynacyi jak dawniéj. D. 18, 19 kwietnia, chor. 13, 14, nieco poprawy, biegunka ustaje, c. 39°, t. 100, wszystko kontynuuje. D. 20/4, chor. 15go, chory czuje się lepiéj, sen spokojniejszy, mało bredzi, biegunki nie ma, c. 38·8°, t. 100, bierze sam jodek, dyjeta posilna. D. 21, 22 kwietnia, chor. 16, 17, objawy chorobowe po kolei ustępują. C. 38°, t. 86, zostawiam chorego bez lekarstw. D. 23, 24 kwietnia ozdrowienie prawidłowe, jodku wyżyto 14,0.

8. G. Winiarzowa, szklarka, zamężna, dzietna, lat 46, od kilku lat nie miesiączkuje, budowy szczupłéj i delikatnéj. D. 10/5 1882, zasłabła na chorobę gorączkową. Wezwany 18/5, chor. 3go, znalazłem wszystkie objawy co do głowy, płuc i trzew brzusznych z ciepłotą 39·2°, t. 104, zwiastujące dur brzuszny, więc przepisałem *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki *2horio cochl.*, głowę zaś i brzuch zimno okładać zaleciłem. D. 19/5, chor. 4go stan jednaki, lek powtórzyć poleciłem. D. 20/5, chor. 5go, noc niespokojna z bredzeniem, ból i zamęt głowy się zwiększa, różyczka zaczyna się pojawiać, stolec częsty, wolny. C. 39·4°, t. 108. Przepisano *Kali jod.* 2,0:230,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.* zewnętrzne środki daléj. D. 21/5, chor. 6, chora ma się gorzéj, użala się na bolesne uczucie w okolicy prawego biodra przy odzywającém się przelewaniu nawet bez ucisku na brzuch, wysypka obfita, osłabienie wyraźne, stolec tylko nieco skąpszy,

w moczu nieco białka. C. 39·6°, t. 110; całe lekowanie kontynuuje. D. 22/5, chor. 7, chory nie czuje się lepiéj. C. 39·8°, t. 112; dawkę jodku zwiększam do 3,00 i wino trzy razy dziennie. D. 23/5, chor. 8go, sen z bredzeniem, wysypka obfita, stolec jeden, mocz z białkiem, upadek sił znaczny. C. 40°, t. 118. *Kali jod.* 4,0:230,00; *Camphor.* 0,06 *c. Sacchar.* w proszkach Nr. VIII naprzemian z jodkiem co 2 godziny, wino, pożywna dyjeta, zewnętrzne środki jak dotąd. D. 24/5, chor. 9, sen nieco spokojniejszy, stolce dwa, mocz z białkiem; c. 39·6°, t. 110, bierze wszystko daléj. D. 25/5, chor. 10, c. 39°, t. 104, kontynuuje sam jodek. D. 26/5, chor. 11go, nastaje poprawa, sen lepszy, mało majaczy, stolec zatrzymany, mocz bez białka. C. 38·8, t. 100, bierze jodek i wino. D. 27/5, chor. 12, nic nowego, stan ogólny coraz się polepsza. D. 28/5, chor. 13go, poprawa jawna nastaje. C. 38°, t. 92, wysypka znika, jodek bierze bez przerwy, środki zewnętrzne usunięto. Dnia 29/5, chor. 14go, c. 37·8, t. 86, zostaje bez leku. D. 30/5, chor. 15go, stan bezgorączkowy utrzymuje się a przy właściwém zachowaniu się chora dość rychło wróciła do ostatecznego zdrowia. Jodku potasu wyżyła 14,0.

9. El. Pil. przy rodzicach, lat 18, młodzieniec dobrze zbudowany, dotąd się zdrowo chował. D. 6/6 1882 zaczął chorować, a 8/6, chor. 3go, wezwany znalazłem: mocny ból i zawrót głowy, szum i dzwonienie w uszach, o funkcyi trawienia ani mowy, pragnienie wielkie, nieżyt oskrzelowy, stolec wolny, śledziona powiększona, w okolicy prawego biodra przykre uczucie przy dotyku. C. 39·6°, t. 110. Rozpoczynający się d u r b r z u s z n y. Przepisałem *Acid. muriat. dil.* 2,0:200,0 mięszanki *2horio cochl.*, zewnętrzne okłady i obmywania zimne jak zwykle. D. 9, 10 czerwca, chor. 4, 5, stan nieszczególny, snu brak, majaczy. C. 39·8, t. 115, leki i okłady daléj. D. 11/6, ch. 6, nic nowego. D. 12/6, chor. 7go, zjawia się wysypka durowa, chory bardzo niespokojny, ruchy jego jakby drgawkowe, mimowolne, lekka biegunka, mocz białkowaty, snu nie ma, wiele majaczy. C. 40°, t. 118, lekowanie daléj, mianowicie zalecam pilnie robić zewnętrzne okłady i obmywania a wewnętrznie podawać jodek pot. 2,0:200,0. D. 13, 14 czerwca, ch. 8, 9, stan taki sam, wszystko kontynuuje z dodatkiem wina dwa razy dziennie. D. 15/6, ch. 10, nic do zanotowania. D. 16/6, ch. 11, pogorszenie ważne, albowiem pomimowolna ruchliwość chorego, niby drgawkowa, zamieniła się na tężcowe wyprężenie i zesztywnienie, osobliwie odnóg górnych, na pytania niechętnie ale dość przytomnie odpowiada, snu brak, majaczy często, nie żąda niczego i nie użala się na nic, stolca nie było, mocz zawsze z białkiem, c. 40°, t. 120, przepisałem *Kali jodat.* 3,00:200,00 płynu, kąpiel ciepłą o 28°R. przez pół godziny czasu z okładem zimnym na głowę i późniejszém wycieraniem karku oraz pleców zimną wodą, wino 3 razy dziennie po łyżce oraz pożywna dyjeta. D. 17/6, chor. 12, chory ma się nieco lepiéj, spał w nocy chwilami bez bredzenia, jest przytomniejszy, stolec jeden, mocz zawiera mało białka. C. 39·4°, t. 110, owo zesztywnienie odnóg górnych wprawdzie znacznie mniejsze, lecz przeniosło się toż zjawisko chorobowe na odnogi dolne, dla tego polecam podobną kąpiel jak wczoraj, samo zaś leczenie dalsze bez zmiany. D. 18, 19 czerwca, chor. 13, 14, poprawa wyraźna, sen dłuższy i spokojniejszy i to godzinami, objawy nerwowe zupełnie przycichły, ruchy chorego swobodne i dowolne. C. 38·8, t. 104, jodek i wino daléj, zewnętrzne środki usunięto. D. 20/6, chor. 15go, nic nowego, wszystko idzie dobrze. C. 38°, t. 94. Daléj do 24/6, chor. 19, stan ku lepszemu się poprawił, ozdrowienie zupełne bez żadnych następstw, mimo tak ważnego powikłania, nastąpiło prawidłowo. Jodku wyżyto 12,0.

10. Ch. Szl. Silb., kupiec, l. 59, delikatnie i szczupło zbudowany, niskiego wzrostu. Wywiady nic szczególnego nie wykrywają. Choroba obecna datuje się od 23/6 1882. Wezwany 28/6, chor. 3go, znajduję: ból głowy z zawrotem, szumem i dzwonieniem w uszach, brak snu, trawienie nijakie, pragnienie spore, kaszel nieżytowy, zresztą w płucach nic, śledziona znacznie powiększona, w brzuchu lekko wzdętym przelewanie się płynu, rozwolnienie. C. 39°, t. 102. Rozp. początek duru brzusznego, przepisano zatém *Acid. muriat. dil.*, 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, na głowę zimne okłady. D. 26/6, chor. 5, chory niespokojny, z łóżka ciągle wstaje, usiłując przechodzić się, bo mu wszędzie niedogodnie, dużo gada, kaszle więcéj, stolec wolny, mocz bez białka. C. 39·4°, t. 106, lek kontynuuje z dodatkiem *Inf. r. seneg.* (z 8,0:200,0) naprzemian z poprzednim, zimne okłady, dyjeta lekka, pożywna. D. 27, i 28/6, ch. 6 i 7go nic nowego. C. 39·6°, t. 110, D. 29, 30/6, ch. 8, 9, wysypka durowa, bezsenność z majaczeniem, stolec wolny 4 razy dziennie, mocz ze śladem białka, znaczny brak sił, już z łóżka wstać nie może. C. 39·8°, t. 112, przepis. *Kal. jodat.* 2,0:200 jak zwykle, wino malaga 3 razy dziennie po kieliszku, dyjeta posilna, zewnętrznie jak dotąd. D. 1, 2/7, ch. 10, 11go, stan choroby bez zmiany. D. 3/7, chor. 12, chory ma się nieco lepiéj, sen chwilami bez bredzenia, kaszle nie wiele, stolec zatrzymany, mocz bez białka- C. 38·8°, t. 109, wszystko kontynuuje. D. 4 i 5/7, ch. 13 i 14, poprawa postępuje. C. 38°, t. 90, lek jeszcze bierze. D. 6/7, ch. 15, nic do zanotowania. C. 37·8, t. 86, jodek kończy. D. 7, 8/7 nastaje ozdrowienie prawidłowe. Jodku wyżył 12,0.

11. Ch. Edelist, chłopiec 9-letni, delikatnie zbudowany, przebył dawniéj odrę z następowym, długotrwałym nieżytem oskrzelowym, niedawno zaś nieżyt jelitowy. Obecnie zaczął chorować 24/7 1882 na jakąś gorączkę. Po zawodzie ze strony środków domowych zostałem wezwany 30/7, ch. 7go, i znalazłem stan obecny choroby chłopca wcale poważny, ból głowy znaczny z bezsennością, bredzeniem, częstém zrywaniem się, zwłaszcza przy zamknięciu ócz niby do snu, brak łaknienia, język grubo mułem białawym obłożony, brzuch wzdęty, bolesny przy dotyku, osobliwie w prawém biodrze z dużą, bolesną, łatwo wymacalną śledzioną, nieżyt oskrzelowy, stolec wolny, osłabienie znaczne. C. 39·8°, t. 120, nerwowych lub drgawkowych ruchów brak. Rozpoznawszy d u r b r z u s z n y, przepisałem *Kal. jodat.* 1,0:150,0 zwykłéj mięszanki z siemienia lnianego *2horio semicochl. mensal.*, na brzuch i głowę zimne okłady, dyjeta pożywna. D. 31/7, ch. 8go, stan jednaki; dodano jeszcze wina czerwonego 3 razy dziennie po łyżeczce. D. 1/8, ch. 9, nic nowego. D. 2/8, ch. 10, chłopiec nieco spokojniejszy, w nocy spał chwilami bez bredzenia, stolec wolny. C. 39·4°, t. 110, wszystko kontynuuje. D. 3, 4/8, ch. 11, 12, sen lepszy, nie bredzi, nie zrywa się, zresztą nic nowego. C. 39°, t. 104, lek bierze daléj. D. 5, 6/8, ch. 13, 14, chory ze wszech miar ma się lepiéj, domaga się posiłku. C. 38·7°, t. 100, jodek kończy. D. 7/8, ch. 15, wszystko się dobrze przedstawia. C. 37·6°, tętno 86, pozostaje bez leku. Przy stosownéj i dobréj dyjecie niedługo powraca do zdrowia, wyżywszy jodku 6,00.

12. I. Sw., l. 14, dobrze i prawidłowo zbudowany, dość dotąd zdrów, zasłabł 30/7 1882 na chorobę gorączkową. D. 31/7, ch. 2, znalazłem chorego z silnym bólem głowy i zawrotem, przykrym szumem w uszach i bezsennością, lek-

kim kaszlem, mocno nadwerężoną czynnością trawienia, albowiem język grubo obłożony, częste odbijanie, brak łaknienia, pragnienie znaczne, stolec wolny, w brzuchu przelewanie się, śledziona powiększona. C. 39·6°, t. 110. Stan taki zwiastował początek duru brzusznego, przepisałem zatém *Acid. muriat. dil.* 2,0:230 słodzonéj wody, *2horio cochl.*, na głowę zimne okłady i zachowanie się odpowiedne. D. 1/8, ch. 3, nic do nadmienienia, również w ciągu dwóch dni następnych; lek kontynuuje. D. 4/8, chor. 6, choroba się rozwija, noc bezsenna, chory majaczy, brzuch już za lekkim dotykiem bolesny, głównie w okolicy biodra prawego, biegunka do 5 wypróżnień wodnistych na dobę, różyczka wyraźna, znaczne osłabienie. C. 40°, t. 116, przepisano *Kali jodat.* 2,0:200,00 *Dti r. alth.*, *2horio cochl.* zewnętrznie okłady i obmywanie zimne dalej, oraz dyjeta pożywna. D. 5/8, ch. 7, stan jednaki; wszystko kontynuuje. D. 6/8, ch. 8go, spał nieco choć z bredzeniem, stolce dwa. C. 39·6°, t. 112, lekowanie to samo. D. 7, 8/8, chor. 9, 10, chory spokojniejszy. C. 39·2°, t. 104. D. 9, 10/8, ch. 11, 12, stan się nieco poprawia, chory spał bez majaczenia, stolec zatrzymany. C. 38·8°, t. 100, lek bierze. D. 11, 12/8, ch. 13, 14, nic do zanotowania. C. 38°, t. 90, jodek kończy. D. 13/8, ch. 15, wszystko dobrze idzie. W kilka dni później wyzdrowiał bez następstw, wyżywszy jodku potasu 5,00. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br. podał Dr. Schaitter.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Następujące trzy pytania poddano równocześnie dyskusyi:

1) Czy rozwlekanie przyrzutu przypisać należy wyłącznie pośrednictwu ludzi?

2) Czy rozwlekanie na odległe przestrzenie odbywa się przez okręty, towary, listy, czy téż przez ludzi zdrowych lub już zakażonych?

3) Jakie są nośniki przyrzutu na bliskich przestrzeniach: czy zwłoki osób zmarłych z cholery, czy przedmioty zanieczyszczone, bielizna, pokarmy, woda, powietrze lub owady?

Skrzeczka dowodzi, że te 3 pytania pozostają w ścisłym związku ze sprawą ważną w praktyce, a mianowicie z przewozem starych szmat i używanych sukien. Sam S. żywi przekonanie, zgodnie z poglądem Kocha, że możliwém jest, ażeby szmaty i stare suknie pośredniczyły w przeniesieniu przyrzutu. Jakkolwiek dowiedziono, że przez suszenie niszczy się prątki i ich rozwój, to jednak nie określono dotąd dokładnie, jakiém ma być owo wysuszenie, czy np. powietrze zimne a wilgotne tak samo może sprowadzić ów pożądany stopień wysuszenia, jak powietrze suche i ciepłe. Wobec tego jest wielce prawdopodobném, że stare szmaty i suknie mogą, pomimo względnéj suchości, być znakomitą kryjówką dla prątków i to nawet przez dłuższy przeciąg czasu. Według własnych wywodów Kocha widać, że badacz ten przypuszcza przetrwanie prątków w bieliźnie i sukniach, gdyż przedmioty owe mogą być w stanie wilgotnym spakowane i zatrzymać w sobie przyrzut skuteczny. Szmaty wysyła się całemi wagonami, ale dotąd nie było słychać o postępowaniu, któreby miało na celu dokładne wysuszenie tych przedmiotów. Skoro się zważy, że szmaty zanim zostaną spakowane leżą w składach i to w wilgotnych piwnicach, że tym sposobem przedmiot, na którym się znajdują odchody choleryczn, pozostaje w warunkach jak najkorzystniejszych dla utrzymania żywotności przyrzutu, może nawet sprzyjających krzewieniu i mnożeniu się, że następnie po szczelném opakowaniu w duże toboły wilgoć tém dłużéj utrzymywać się może, nie można wcale wykluczyć możliwości przewleczenia tym sposobem przyrzutu na dosyć znaczne przestrzenie.

Koch nie może z własnego doświadczenia przytoczyć ani jednego przypadku bez zarzutu, w którymby można było stwierdzić przewleczenie zarazy tym sposobem. Gdy wśród dawniejszych epidemij nie przywięzywano do przewozu szmat tak wielkiéj wagi, musiałoby się takie przewleczenie dosyć często wydarzać. Sprawę tę poruszano na Zjazdach w Wiedniu i Konstantynopolu a nikt nie mógł tam przytoczyć przypadku przewleczenia zarazy tą drogą, żeby np. w fabrykach papieru wśród przerabiania szmat cholera wybuchła. Z tego wypada wnosić, że przerabianie szmat jest czynnością tego rodzaju, że niszczy przyrzut. Zresztą do przewozu szmat nie należy tak wielkiéj wagi przywięzywać wobec okoliczności, że ludziom pozornie zdrowym dozwala się przekraczać granicę swobodnie. Prawdopodobieństwo przeniesienia cholery za pośrednictwem szmat jest nader małém wobec prawdopodobieństwa przeniesienia téj zarazy za pośrednictwem ludzi.

Wśród następujących przemówień Wolffhügla, Eulenburga i Virchowa zastanawiano się nad możliwością przeniesienia zarazy za pomocą szmat, dyskusyja jednak nie doprowadziła do stanowczego załatwienia sprawy. Z kwestyj mogących mieć znaczenie dla szerszych kół poruszono sprawę wody studziennéj a na zapytanie Virchowa odpowiedział Koch, że prątki przecinkowe giną dosyć szybko w wodzie czystéj; nie giną wprawdzie natychmiast, lecz po kilku dniach ale wśród tego czasu nie mnożą się.

Resztę pytań:

Czy potrzeba osobniczego usposobienia, aby prątki mogły szkodzić?

Jak długim jest okres wylęgania?

Czy przebycie cholery chroni od powtórnego zapadnięcia? i

Czy działanie prątków uważać należy za rodzaj zatrucia?

pozostawiono na razie w zawieszeniu aż do czasu, gdy dokładniejsze badania dadzą więcéj podstaw do dyskusyi. Członkowie konferencyi powodowali się okolicznością, że do zabierania głosu nad temi pytaniami musi badanie wykazać jeszcze liczne szczegóły dotąd nieznane, zresztą nie mają one na razie tak wielkiego znaczenia w praktyce.

Nicati i Rietsch: O przeszczepianiu prątka cholery na zwierzęta.

Semaine médicale z dnia 18 z. m. zawiera wiadomość, że lekarzom marsylskim N. i R. udało się po dłuższych usiłowaniach przeszczepić prątek przecinkowy na zwierzęta z rezultatem dodatnim, czego dotąd nie dokazał Koch wśród swoich doświadczeń. Autorowie wymienieni wychodzą ze stanowiska obranego przez Kocha: prątek przecinkowy nie może przebyć żołądka człowieka zdrowego, względnie zwierzęcia, gdyż sok żołądkowy niszczy jego żywotność. Ten pewnik skłonił autorów do kolejnego usuwania działania soków trawiących na prątek przecinkowy i studyjowania działania soku żołądkowego, trzustkowego i żółci na pasorzyta.

Wśród tych doświadczeń zdołali oni dowodnie przekonać się o zgubnem działaniu soku żołądkowego, stwierdzili równocześnie, że sok trzustkowy zachowuje się obojętnie a żółć nie wywiera również znaczniejszego wpływu. Ostatnie zdanie zostało jednak zachwiane spostrzeżeniem, że w stolcach cholerycznych, w których prątek przecinkowy znajdował się w wielkiéj ilości, nie było można za pomocą odczynników wykazać ani śladu żółci. Ta okoliczność skłoniła ich do podwiązywania przewodu żółciowego, zanim wprowadzili do dwunastnicy zwierząt prątek przecinkowy, pochodzący wprost ze stolców cholerycznych, lub też odosobnioną hodowlę tegoż.

Wśród więcéj niż dwudziestu doświadczeń, przedsięwziętych na psach, królikach i świnkach morskich, spostrzegli, że zwierzęta ginęły w jeden lub dwa dni po wstrzyknięciu prątków. Jelito było wypełnione miazgą mleczną, obfitującą w komórki przybłonkowe. Prątki przecinkowe rozwijały się w téj masie jak u ludzi zapadłych na cholerę, jeżeli tylko masa przez czas dłuższy lub krótszy, zależnie od ciepłoty, była wystawiona na działanie wilgotnego powietrza. Zdanie ostatnie jest dosłownie przetłumaczone i jest jedynem niezrozumiałem w téj dokładnéj korespondencyi. Nicati i Rietsch nie wyrazili dokładnie, czy już przy sekcyi zdołali znaleźć prątki przecinkowe lub czy ostatnie rozwijały się dopiero pod wpływem działania powietrza na treść jelita.

Doświadczenie powiodło się u świnek morskich bez podwiązania przewodu żółciowego, udawało się nawet po wprowadzeniu większéj ilości masy do żołądka za pomocą zgłębnika. Zwierzęta doznawały biegunki, wymiotów (tylko psy), okazywały sinicę i obniżenie się ciepłoty. Raz spostrzeżono podniesienie się ciepłoty po śmierci. Przypuszczeniu, że objawy wymienione były wywołane w skutek podwiązania przewodu żółciowego, sprzeciwia się cały szereg doświadczeń Leydena, Wyssa, Charcota i innych, którzy udowodnili, że po zabiegu tym mogą zwierzęta żyć nawet dni 9.

W końcu czynią autorowie wzmiankę, że w odchodach ludzkich i wieprzowych znajdowali prątek przypominający kształtem prątek przecinkowy, co ich nawet zrazu bałamuciło. Prątek ten zgięty, podobnie jak przecinkowy, różnił się od ostatniego tém, że kolonije ostatniego mają brzegi zaledwie nieco ziarniste, tamten zaś tworzy kolonije o brzegach bardzo nieregularnych pagórkowatych. (*Deutsche med. Ztg.*, Nr. 77, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. Finkler: **O prątku cholery swojskiéj i hodowli tegoż.** (Według wykładu mianego dnia 20 września b. r. na 56ym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Magdeburgu).

Prelegent uwydatniwszy w krótkich słowach powszechne ogromne zainteresowanie się pytaniem, na czém polega istota cholery i w jakiby sposób można zwalczyć owego okropnego nieprzyjaciela ludzkości, który w różnych miejscach świata tyle ofiar zabiera, — zwraca się do przedstawienia wyników swych badań nad cholerą swojską (*cholera nostras*), — chorobą, która pod względem objawów jest bardzo podobną do cholery azyjatyckiéj.

Po przytoczeniu poprzednio już ogłoszonych (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 36) wyników, które w streszczeniu podaliśmy w zeszłym numerze (Nr. 39) naszego czasopisma, a mianowicie, że w świeżych wydzielinach stolcowych osób na cholerę swojską zapadłych znajdują się laseczniki przecinkowe, podobne w zupełności do laseczników przecinkowych Kocha i prątki kręte (*Spirillen*), donosi F. o dalszych nader ciekawych wynikach swych badań nad hodowlą lasecznika przecinkowego. Przed 3ma jeszcze tygodniami poszukiwania w tym kierunku przedsięwzięte wypadły ujemnie. Obecnie jednak wyhodowanie lasecznika przecinkowego cholery swojskiéj powiodło się przy następnem postępowaniu.

Zaszczepiwszy małe płatki kału zawierającego znaczną ilość laseczników przecinkowych, już to na płótnie, rosole, żelatynie odpowiednio przyrządzonéj, już też na ziemniakach lub mleku, wkładano zaszczepiony przedmiot do wilgotnéj komórki, w któréj utrzymywano stale ciepłotę 25° do 35°C. Po 2 lub 3 dniach rozwinęły się laseczniki przecinkowe, które można było daléj wśród tych samych warunków z pomyślnym skutkiem przeszczepiać. W ten sposób wyhodowano 6, a nawet 7 pokoleń, przyczém spostrzeżono, że każde następne pokolenie przedstawia dokładniejszy i wyraźniejszy obraz laseczników przecinkowych, obok mniejszéj domieszki innych prątków. Po dalszych 24 godzinach mija już szczyt najlepszego ich rozwoju, a nieco późniéj nie napotyka się już wcale laseczników lecz tylko zaczynniki maleńkie bez wyraźnéj postaci.

W ten sposób okazało się, że lasecznik przecinkowy cholery swojskiéj rozwija się wśród tych samych warunków, w których wyhodował Koch lasecznika przecinkowego cholery azyjatyckiéj.

Śledząc baczniéj punkt kulminacyjny rozwoju lasecznika przecinkowego spostrzegł F., że wkrótce przybierają laseczniki na grubości, pęcznieją, stają się przeźroczystemi i przyjmują kształt osełki, na obu końcach któréj wytwarzają się wyrostki, podobne do ostrogi. Tę postać przejściową lasecznika przecinkowego nazywa F. postacią zarodczą (*Sporenträger*). Oba wyrostki oddzielają się następnie od swego macierzystego ciała, wirują żywo po całém polu widzenia, a F. określa je jako zarodniki (*Sporen*). Zarodniki te wyrastają wkrótce na krótkie, proste laseczniki, które dorósłszy dopiero do pewnéj długości, zakrzywiają się. Jednakowoż i te krzywe, równo długie laseczniki nie stanowią wcale niezmiennéj postaci, rosną one bowiem w długie nitki, różnie pokrzywione, które wypada nazwać prątkami krętemi (*Spirillen*). Owe prątki kręte grubieją następnie i pęcznieją nadmiernie, tworząc jużto nieforemne masy, już też przybierają postać grubych pałek lub esowatych figur, w środku bardzo znacznie zgrubiałych.

Po pewnym czasie napotyka się w preparatach obok owych prątków krętych znaczną ilość małych wyraźnie zakrzywionych laseczników przecinkowych lub też widzieć można tu i ówdzie we wnętrzu prątka krętego skupioną masę wyraźnie odróżnić się dających laseczników przecinkowych lub też wreszcie spostrzedz można nieraz, jak niektóre laseczniki podczas gdy większa ich część już się rozpadła, trzymają się jeszcze siebie swemi końcami. Przy uważnem przeszukiwaniu preparatu natrafia się nadto na ciemne punkta, tak zwane punkta hodowlane (*Culturpunkte*), przypominające żywo punkta krystalizacyjne, spostrzegane przy badaniach chemicznych. Punkta hodowlane sąto zbite masy laseczników, które co dopiero wysypały się z pękniętéj przeródki, czyli innemi słowy sąto masy młodych laseczników przecinkowych. Wszystkie te laseczniki dochodzą w swym wzroście tylko do pewnéj wielkości, a doszedłszy do szczytu rozwoju zamieniają się znów w postacie zarodcze, odkąd rozpoczyna się na nowo cały skreślony szereg rozwoju nowego pokolenia.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że wyhodowanie lasecznika przecinkowego powiodło się prelegentowi nawet wtedy, gdy do szczepienia użył kału, który leżąc przez 14 dni na wolnem powietrzu, rozpłynął się już od zgnilizny i w którym badanie drobnowidowe wykazało li tylko obecność drobnych zaczynników, a ani śladu laseczników lub prątków krętych. Fakt ten dowodzi, że lasecznika przecinkowego cholery swojskiéj wyhodować także można z zarodników. Zgnilizna więc zniszczyć wprawdzie może lasecznika przecinkowego, ale zarodniki nie tracą nawet pod wpływem gnilizny zdolności rozwijania się naturalnie wśród odpowiednich warunków. Zarodniki zatém stanowią trwałą formę (*Dauerform*) lasecznika przecinkowego.

Ze względu, że tak w cholerze swojskiéj, jak w cholerze azyjatyckiéj znajduje się taki sam prątek, i że objawy chorobowe i przebieg cholery swojskiéj przedstawiają niejako niższy tylko stopień cholery azyjatyckiéj wyraża prelegent wątpliwość, czy należy cholerę swojską w ogólności uważać za chorobę *sui generis?*

Różnica rozpoznawcza między cholerą swojską a cholerą azyjatycką mogłaby chyba jeszcze istnieć w odmienném zachowaniu się obu laseczników przecinkowych w czasie ich hodowli. Wprawdzie oba laseczniki potrzebują do swego rozwoju jednakiego czasu, jednakowego materyjału odżywczego i jednakiéj ciepłoty, ale lasecznik cholery swojskiéj przemienia się w swym rodzaju w postać zarodczą, w zarodniki trwałe, w prątki kręte, któréjto przemiany Koch nie spostrzegł przy laseczniku cholery azyjatyckiéj. Finkler jednak, opierając się na badaniu przesłanych mu fotografij z Marsylii, sądzi, że i w cholerze azyjatyckiéj znajdują się takie same prątki kręte i zarodniki. W razie więc, gdyby się to domniemanie potwierdziło, musiałaby upaść także wspomniana różnica rozpoznawcza.

Największą korzyść z badania laseczników przecinkowych spodziewa się F. odnieść wtedy, gdy mu się powiedzie wykryć którą z opisanych form przejściowych lasecznika, przedstawić postać najmniéj oporną i wynaleźć środki do jéj zniszczenia, w ten bowiem sposób utorowaną będzie może droga do zwalczenia lasecznika przecinkowego cholery azyjatyckiéj.

W dyskusyi dodaje Finkler, że przy hodowli laseczników na żelatynie spostrzegał zazwyczaj szerszy lejek niż to Koch opisuje, a na zarzut Hueppe'go, że laseczniki cholery swojskiéj różnią się od laseczników Kocha większą grubością i rozwojem, bo lasecznik Kocha, jako należący do mętników (*vibrio*) nie ma żadnych form przejściowych, odpowiada, że różnica w grubości jest bardzo nieznaczną, a różnicę w rozwoju uwydatnił sam w wykładzie ze szczególnym naciskiem. Nadto wspomina, że z 5ciu królików, którym wprowadzono do żołądka kał zawierający tylko zarodniki, dwa zachorowały po 2 dniach. Dalsze badania w tym kierunku są w toku. (*Wiener medic. Blätter*, 1884, Nr. 39). *Dr. Pruss.*

Najnowsze zdobycze na polu leczenia cholery w Neapolu.

Podał Dr. Kopff.

W roku 1864 prof. Cantani w Neapolu ogłosił doświadczenia robione na zwierzętach z wprowadzeniem w sposób szybki do ustroju znaczniejszéj ilości wody, z pominięciem przewodu pokarmowego. Używał on mięszaniny zbliżonéj do surowicy krwi, którą wstrzykiwał w tkankę podskórną w znacznéj ilości. Wessanie odbywało się szybko, a miejscowo nie pojawiały się żadne złe następstwa zadrażnienia. Prof. Cantani na tych doświadczeniach oparty już wtedy wygłosił zdanie, że należy użyć metody przez niego nazwanéj *Hypodermoclysis* do leczenia cholery, szczególniej w *stadium algidum.* W r. 1883 prof. Samuel powtórzył doświadczenia Cantaniego i również poleca gorąco, aby użyć tego sposobu w leczeniu cholery. Dziwna rzecz, że zdanie Cantaniego i Samuela opierające się na doświadczeniu fizyjologicznem i na pierwszy rzut oka tak logiczne, zwróciło na siebie tak mało uwagi, i że wobec takiego ubóstwa dotychczasowéj terapii cholery nie zastosowano téj metody leczniczéj na ludziach.

Wobec srożącéj się teraz epidemii w południowych Włoszech, zdawało się, że głos Cantaniego będzie uważanym za głos zbawcy, i że w krótkim czasie będzie można na podstawie licznych doświadczeń na ludziach ocenić należycie nową tę metodę leczniczą. Tymczasem z jednéj strony opór otoczenia chorych przeciw wszelkim zabiegom operacyjnym, z drugiéj strony znów jeszcze dziwniejsza obojętność lekarzy w szukaniu środka leczniczego przeciw niszczącéj epidemii nie pozwalała Cantaniemu jakotéż jego zwolennikom dość rychło rozpocząć doświadczeń.

Pierwsze doświadczenia więc, dotąd bardzo nieliczne, datują się od 4 września. Wiadomość o nich podaje dziennik *Napoli.* Córka współredaktora tego dziennika zachorowała w dniu 3 września na cholerę. Wieczorem tego dnia chora była już bez nadziei ratunku, Proff. Perli, Amoroso i Adinolfi stwierdzili okres zamartwiczy i nie robili najmniejszéj nadziei ocalenia. Wtedy po raz pierwszy, nie mając nic do stracenia, chwycono się sposobu podanego przez Cantaniego. W ciągu godziny stwierdzono wessanie jednego litra płynu, tętno zaraz się podniosło, mocz począł się wydzielać. Po drugiém zastrzyknięciu w nocy ciepłota podniosła się wyżéj stanu prawidłowego. O dalszym przebiegu leczenia pisze prof. Amoroso w następnych numerach *Napoli.* Do wstrzykiwań użył on płynu zawierającego w 1 litrze wody przekroplonéj, 4 gramy soli kuchennéj i 3 grm. węglanu sodowego, ogrzanego do 38°C. Wstrzykiwanie robi się w tkankę podskórną. D. 5 września o godz. 8éj rano chora czuła się już o wiele lepiéj. Żołądek jednak jeszcze nic nie znosił. Wymioty były dwa razy, przeważnie żółciowe, stolce dwa żółto zabarwione. Przytomność przywrócona, tętno dobre. W dniu 6 września chora była już wolną od niebezpieczeństwa.

W dniu 5 września wykonał prof. Perli operacyję na dwóch chorych w szpitalu Canocchia. Obaj chorzy w okresie zamartwiczym dostali po $1\frac{1}{2}$ litra płynu podskórnie. Jeden umarł, drugi zaś przyszedł zupełnie do siebie. W dniu następnym prof. Amoroso zastrzyknął $1\frac{1}{4}$ litra choremu, u którego sinica na całém ciele, brak zupełny tętna sprychowego, lodowo zimne nogi kazały już jak najgorzéj rokować. Od 24 godzin zupełny bezmocz. W 15 minut cała ilość płynu została wessaną. Tętno zaraz wystąpiło, sinica znikła, czynność nerek na nowo się rozpoczęła i chory czuł się z każdą chwilą lepiéj.

Dr. Loretto został 6 września wezwany do choréj, znajdującéj się w 8ym miesiącu ciąży. Cholera silna, sinica, tętno nitkowate, odnogi lodowo-zimne, kurcze w łydkach, ciągłe wymioty i rozwolnienie. L. wykonał wstrzyknięcie w okolicę lewego biodra. Wstrzyknął przeszło $\frac{1}{2}$ litra płynu. Skoro płyn ten wessanym został, wstrzyknięto taką samą ilość po stronie prawéj. Operacyja cała nie trwała dłużéj niż godzinę. Po upływie trzech godzin tętno wypełniło się, głos powrócił,

duszność ustąpiła, odnogi stały się o wiele c eplejszemi, wymioty i biegunka ustały.

Tych kilka spostrzeżeń każe wróżyć, że metoda prof. Cantaniego wkrótce zostanie rozpowszechnioną w okolicach dotkniętych epidemiją. Skoro liczniejsze spostrzeżenia potwierdzą jéj świetne jak dotąd wyniki lecznicze, lekarz będzie mógł o wiele śmieléj i z większém zaufaniem w swoją naukę przystąpić do łoża chorego.

Virchow: **O metaplazyi.** (Według wykładu mianego na Kongresie lekarskim międzynarodowym w Kopenhadze).

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Metaplazyja jest podstawą ważnych spraw patologicznych, lecz wkracza także w zakres życia fizyjologicznego i to nie tylko ma znaczenie dla pojedynczych osobników, bo nauka o metaplazyi jest także podstawą owych zapatrywań, które obejmujemy nazwą ogólną darwinizmu, a to co pierwotnie nazwano w historyi rozwoju rozmocowaniem a w teoryjach ewolucyjnych zowie się transformizmem, pokrywa się w głównych zarysach z pojęciem metaplazyi. Zrozumienie tych pojęć o tyle jest utrudnione, że dotąd nie odróżniano ściśle procesów zmierzających do wytworzenia całych narządów od tych, których skutkiem jest wytworzenie tkanek. Wiemy od dawna, że skostnienie jest stosunkowo późnym procesem w rozwoju organizmu, który się nie tworzy bezpośrednio w komórkach zarodkowych, lecz tkanka pierwotna powstała z komórek zarodkowych przekształca się przez metaplazyję w rzeczywistą tkankę kostną. Podobnie i darwinista, oznaczając genealogiję świata zwierzęcego, znajduje dopiero późno takie zwierzęta, które posiadają rzeczywistą tkankę kostną. Jeszcze w pierwszéj połowie bieżącego stulecia toczył się spór o to, co jest tkanką pierwotną dla kości, czy chrząstka, czy téż okostna; trudno było również odróżnić zwapnienie od właściwego skostnienia. Dziś wiemy, że cechą prawdziwego skostnienia jest nie tylko złożenie wapna w istocie organicznéj a względnie tkance chrzęstnéj, lecz także w przemianie saméj istoty podstawowéj, w któréj ginie chondryn ustępując miejsca istocie klejodajnéj. Zamięszanie w tych pojęciach pochodziło ztąd, że nazwą skostnienia obejmowano nie tylko tworzenie się właściwéj tkanki kostnéj, ale także i tworzenie się kości jako narządów, które wzięte w całości zawierają w sobie rozmaite tkanki. V. proponuje dla téj ostatniéj sprawy nazwę o s t e o g e n e z y w przeciwstawieniu do skostnienia, jako sprawy tkankotwórczéj. I jeżeli ze stanowiska osteogenetycznego ktoś twierdzi, że kość powstaje z chrząstki, to ma słuszność; bo w pewnym czasie znajdujemy kość preformowaną z chrząstki, późniéj dołącza się kostnienie od okostnéj; lecz im więcéj skostnienie postępuje, tém więcéj rozwija się szpik kostny. Dokładniejsze badania wykazały, że rozmaite kości posiadają rozmaitą tkankę szpikową: młode inną jak stare, trzony kręgów inną jak kości długie, a nawet jedna i ta sama kość w różnych okresach swego rozwoju przedstawia inną tkankę szpikową. Zwykle odróżnia się trzy formy: szpik c z e r w o n y, ż ó ł t y i g a l a r e t o w a t y, a więc jak się z tego pokazuje, szpik także jest tkanką zmienną i przedstawia typowy obraz metaplazyi. Atoli i samo powstawanie szpiku kostnego odbywa się na drodze metaplastycznéj; bo największa część szpiku powstaje z tkanki kostnéj i to w ten sposób, że tkanka kostna oddaje sole wapienne a jéj komórki czyli ciałka kostne przemieniają się w komórki szpikowe, równocześnie istota podstawowa ulega rozmiękczeniu i pośród zbitéj istoty kostnéj powstają przestwory szpikowe. Jeżeli ten proces przekroczy w chorobowych stosunkach pewną granicę, prowadzi do t. zw. osteoporozy, a w wyższym stopniu do osteomalacyi, przyczém w obu razach nowopowstała tkanka szpikowa może być czerwoną, żółtą lub galaretowatą.

Lecz V. wykrył, że szpik może powstawać bezpośrednio z chrząstki. Tylna część kości klinowéj zwrócona ku jamie czaszkowéj i tworząca górny odcinek *clivus Blumenbachii*, składa się u noworodka z chrząstki, i tylko mała część jéj ulega skostnieniu, większa zaś zamienia się na tkankę szpikową a szpik ten tworzy się na zewnątrz kości i leży bezpośrednio pod oponą twardą. Drugiém miejscem, w którém znajdował V. tego rodzaju metaplazyję, były chrząstki krtani; zwłaszcza chrząstka tarczykowa, w któréj całe przestrzenie były w 4 przypadkach wypełnione tkanką tłuszczową powstałą drogą metaplazyi. Lecz metaplazyja chrząstki w tkankę tłuszczową nie odbywa się zwykle bezpośrednio; częściéj bowiem powstaje najprzód tkanka szpikowa czerwona, obfita w naczynia i komórki, która następnie dopiero zmienia się w szpik żółty czyli tkankę tłuszczową. Tkanka szpikowa chrzęstna tém się różni od kostnéj, że ma wielką skłonność do następowego skostnienia.

Z powyższego pokazuje się, że kości w najobszerniejszém znaczeniu ulegają metaplazyi równie przy osteogenezie jak i w pewnych chorobach; że zaś nie dosyć uwzględniano dotąd stronę metaplastyczną pewnych zmian, pochodzi ztąd, że zwykle obok metaplazyi toczą się sprawy plastyczne, mianowicie proliferacyja komórek, a cały proces rozpada się na dwa okresy, tj. zwykły plastyczny i metaplastyczny. Pierwszy z tych okresów jest bez wątpienia okresem czynnym, gdy drugi ma więcéj charakter bierny; widoczném jest tu działanie czynników, znajdujących się po za obrębem komórek. Największa część patologów przyjmuje za przyczynę osteomalacyi zmienione stosunki odżywienia osobnika i rzeczywiście rozmiękczenie galaretowate ma charakter atroficzny. Ale i rozmiękczenie żółte tłumaczą zwyrodnieniem tłuszczowém a więc procesem, który zwykle towarzyszy wyższym stopniom zaburzeń odżywienia. V. jednak co do rozmiękczenia żółtego nie zgadza się z tém mniéj więcéj ogólnie przyjętém zdaniem; lecz uważa je za proces mający charakter czynny.

Oprócz kości nie ma żadnéj tkanki, którąby była tak skłonną do metaplazyi, jak tkanka tłuszczowa, która najczęściéj przeobraża się w tkankę śluzową, np. zdarza się, że cała podściółka tłuszczowa na zewnątrz opon kanału stosu pacierzowego ulega przeobrażeniu śluzowemu. To samo dzieje się w tłuszczu osierdzia a częściéj jeszcze we wnęce nerki. Nie jestto nic innego jak metaplazyja, w któréj tłuszcz z komórek zostaje wydalony, lecz same komórki istnieją daléj i wytwarzają śluz, który nie opuszcza wnętrza komórek, tylko zostaje ich częścią składową. Jestto przejście tkanki tłuszczowéj do tego stanu, w jakim się znajdowała podczas życia płodowego, zwłaszcza w okresie porodu, a nie można tego procesu uważać za zwykły zanik, który występuje w różnych formach ogólnego upadku odżywienia, i który zawsze jest połączony ze zniknięciem tłuszczu a tém samém ze zmniejszeniem objętości tkanki tłuszczowéj. Wytworzeniu istoty śluzowéj w komórkach bardzo sprzyja ta okoliczność, że zanik tłuszczu często następuje w takich miejscach, które z powodu stałego otoczenia nie mogą zmniejszyć swéj objętości, np. wewnątrz kości, w kanale kręgowym itd.

Przez częściową hyperplazyję może powstać z tkanki

tłuszczowéj tłuszczak, który niekiedy ma mniéj lub więcéj wielkie części galaretowato przeobrażone (*lipoma gelatinosum s. colloides*). Ale zdarzają się także wyrośle powstające z tkanki tłuszczowéj, które są w całości śluzowo przeobrażone (*myxoma*). Śluzaki takie składają się więc z wybujałéj tkanki śluzowéj a ponieważ tkanka śluzowa w zwykłém znaczeniu jest tkanką embryjonalną, więc można powiedzieć, że śluzak powstaje z tkanki embryjonalnéj i rzeczywiście V. właśnie znalazł formę śluzaka, która jest na wskroś embryjonalną a mianowicie śluzaka kosmówki. Podobnie są i inne nowotwory, które powstają przez hyperplazyję tkanki embryjonalnéj, np. wsporniaki (*gliomata*). Pomimo tego nie można twierdzić, że ta tkanka ulegająca hyperplazyi jest zawsze pozostałością z życia płodowego, np. chrzęstniaki powstają często z kawałków tkanki chrzęstnéj, które na granicy epifizy i diafizy w postępującéj osteogenezie oddzielają się od pierwotnéj chrząstki i pozostają w istocie gąbczastéj na końcach kości a czasem nawet w szpiku lub istocie zbitéj korowéj kości długich, nie ulegając ani skostnieniu ani przeobrażeniu szpikowemu, a jednak te wysepki chrząstkowe nie są tworami z życia płodowego, lecz powstają najczęściéj w pierwszym do trzeciego roku życia, czasem nawet późniéj i nie mają téż charakteru chrząstki, jaką znajdujemy w życiu płodowém; sąto więc zmiany nabyte.

Znana jest powszechnie teoryja Cohnheima o zawiązkach z życia płodowego, które tenże uważa za podstawę późniejszych nowotworów. O ile uogólnianie tego rodzaju jest uzasadnioném, przyszłość dopiero wykaże; lecz to jest pewném, że jest wiele nowotworów, których źródła trzeba szukać w rozwoju pozamacicznym lub nawet w zmianach następowych nabytych w późniejszém życiu. Odnosi się to, jak wykazano wyżéj, do wielu chrzęstniaków a oprócz tego o wielu nowotworach można powiedzieć, że swe pochodzenie zawdzięczają późniéj nabytym zmianom w gotowych już narządach. Niektóre z nich polegają na hyperplazyi tkanki naturalnéj, np. włókniaki macicy, inne na następowéj metaplazyi tkanin.

Lecz nie tylko twory wielokomórkowe, należące do rzędu tkanki łącznéj, ulegają metaplazyi; bo i twory przybłonkowe mogą jéj ulegać, np. przybłonek wałeczkowy przechodzi w przybłonek płaski, a nawet na tém polega wytwarzanie się nowéj tkanki mającéj podobieństwo do utkania śledziony po wyjęciu téjże i tworzenie się czerwonego szpiku kostnego w późniejszém życiu. Chodzi więc tylko o to, czy tkanki mogą się przekształcać w utkanie należące do innego typu. V. twierdzi stanowczo, że twory przybłonkowe mogą powstać z tworów należących do rzędu tkanki łącznéj, powołując się na swą pracę o powstawaniu perlaków (*Cholesteatome*) (*Archiv f. Anat. u. Physiol.* 1855. Bd. VIII, str. 371). Naturalnie, że to zdanie nie zgadza się z zapatrywaniami tych, co ściśle odróżniają listki płodowe i kładą nacisk na odrębność ich charakteru. Lecz embryjologija wcale nie może nadawać wagi spekulacyjom tych patologów, bo tu tylko doświadczenie powinno rozstrzygać. Również bezpodstawném jest zdanie tych, którzy twierdzą, że z białych komórek wędrujących mogą powstawać wszystkie tkanki. Na dowód swéj teoryi o metaplazyi ogólnéj tkanek przytacza V., że spostrzegał tworzenie się raka galaretowatego w miejscach odległych od błon śluzowych i powstawanie oczek (*alveoli*) zawierających komórki przybłonkowe pośród przerosłéj tłuszczem sieci.

W każdym razie jest zasługą V., że zawiłe te kwestyje wyprowadził jeszcze raz na forum poważnego areopagu, sławnego z znakomitości lekarskich całego świata i objaśnił światłem swéj krytyki, ugruntowanéj długoletniém doświadczeniem. (*Virch. Arch.* Bd. 97, Heft 3, 1884). *Dr. Otto.*

IV. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

Ósmy Kongres międzynarodowy odbył się w Kopenhadze z niezmiernie obfitym materyjałem naukowym przy daleko znaczniejszym współudziale lekarzy obcokrajowców aniżeli na poprzednim Zjeździe w Londynie, a nabrał szczególnego znaczenia w obec serdecznego przyjęcia, na które składało się miasto, państwo, cała ludność Kopenhagi, a nawet sam dwór.

Szczegółów dotyczących podejmowania, uroczystości, jakotéż ogólnych posiedzeń, nie podaję, niezawodnie bowiem skreślą je inni korespondenci; pragnę tylko w kilku rysach przedstawić obraz działalności Sekcyi okulistycznéj podając to, co na szczególną zasługuje uwagę, trzymając się przytém chronologicznego porządku odczytów.

Materyjał naukowy przeznaczony dla téj Sekcyi tak był obfity, że Sekcyja, chcąc z niego korzystać, najdłuższe prawie odbywała posiedzenia. Zapisało się do niéj około 70 członków, pomiędzy którymi wymieniamy: Noyesa z Nowego Yorku, Moorena z Dysseldorfu, Sattlera z Erlangi, Dora z Lyonu, Macgawlego z Petersburga, Cowella i Braileya z Londynu, Meyera z Paryża, Holmgrena z Upsali, van Duyse z Gandawy. Z Polaków byłem sam jeden i to jako delegat Pozn. Tow. Przyj. Nauk.

Przewodniczący w Komitecie gospodarczym Sekcyi okulistycznéj Dr. Hansen Grut przywitawszy obecnych, uniewinnił niektórych nieobecnych, jako to: Weckera z Paryża, Dondersa z Utrechtu, a potém przez aklamacyję powołany do przewodniczenia obradom zaproponował dla poszczególnych krajów następujących prezesów kongresowych: dla Szwecyi: Holmgrena, dla Norwegii: Hjorta, dla Francyi: E. Meyera i Abadiego, dla Anglii: Braileya i Cowella, dla Ameryki: Noyesa, dla Niemiec: Moorena i Schmidta-Rimplera, dla Rosyi: Magawlego i Waldauera, dla Hiszpanii: Carreras-Arago, dla Szwajcaryi: Bardego, dla Belgii: Copeza. Dor odmówił w grzecznych zwrotach zaszczytu udzielonego mu dla Szwajcaryi, ponieważ lubo z pochodzenia Szwajcar, od kilku lat przyjął obywatelstwo francuskie.

Na propozycyję E. Meyera, ażeby Hansen Grut ciągle przewodniczył obradom, ostatni wyraża życzenie, ażeby podczas każdego wykładu wygłoszonego w jednym z trzech języków oficyjalnych (francuskim, angielskim i niemieckim) przewodniczył: Francuz, Anglik albo Niemiec; gdy na to Zgromadzenie przystało, zajął do pierwszego odczytu krzesło przewodniczącego Mooren i udzielił głosu Drowi Samelsohnowi z Kolonii, który przystąpił do wygłoszenia odczytu: o znaczeniu badania czucia światła w obec praktycznéj okulistyki.

Czucie światła jestto ta władza, mocą któréj oko rozpoznaje światło przedmiotowe i ilościowe. Niedostateczne ocenienie w praktycznéj okulistyce badań poczucia światła, tłumaczy się brakiem wystarczającéj metody. Dotychczasowe

metody badania nie opierają się na jednych i tych samych zasadach, ztąd trudność porównania i zastósowania wyników osiągniętych. Ze stanowiska fizyjologii odpowiednia metoda badania czucia światła powinna módz równocześnie oznaczyć:

1. Ostateczny kresowy stopień światła mogącego być poznanym (*Reizschwelle)*;

2. Najmniejszy stopień różnicy światła dający się przy pewnem danem oświetleniu rozpoznać (*Unterschiedsschwelle)*;

3. Wpływ absolutnego światła na poczucie różnicy w oświetleniu;

4. Wpływ kąta widzenia na najmniejszy stopień różnicy światła;

5. Poczucie światła w rozmaitych częściach siatkówki.

Metoda, któraby obejmowała wszystkie te punkty razem, nie istnieje, dla celów jednak klinicznych można zadanie to uprościć.

Władza organu wzrokowego rozpoznawania przedmiotów zewnętrznych zależy:

1. Od absolutnéj jasności;

2. Od różnicy jasności pomiędzy przedmiotem badanym a otoczeniem, czyli innemi słowy, od kontrastu czyli przeciwnictwa;

3. Od kąta widzenia.

Skoro kąt widzenia jest stałym, metoda kliniczna winna liczebnie oznaczyć dwa drugie czynniki, i w tym też podwójnym kierunku rozwinęły się dwie metody, a mianowicie: jedna z nich przy ustalonéj absolutnéj jasności odmienia stopniowo dwa drugie czynniki, druga zaś, stopniuje najniższy kres różnicy światła, podczas kiedy absolutna jasność i kąt widzenia, pozostają stałemi. Zdaniem Samelsohna powinny obydwie metody dopóty uzupełniać się, dopóki nie uda się ustanowić metody odpowiadającéj fizyjologicznemu pojęciu czucia światła. Według pierwszéj metody robił Förster liczne poszukiwania, z których wywiódł prawo, że czucie światła bywa osłabianém przy zboczeniach pierwiastków przyjmujących wzniecanie światła czyli tkliwych na światło, podczas gdy zboczenia pierwiastków przenoszących poczucie światła czyli przewodników *(Lichtempfindung leitende Elemente)*, według Förstera, ma się odznaczać niezwykłą wrażliwością na przedmiotowe światło. Cały szereg doświadczeń, jakie Samelsohn według drugiéj metody, tj. oznaczenie najmniejszego stopnia różnicy przy stałéj jasności absolutnéj, metody, która według Snellena i Landolta (Graefego-Saemischa zbiorowe dzieło) jest najprostsza, przedsięwziął, nadaje zapatrywaniom Förstera tylko znaczenie warunkowe; bo chociaż zboczenia pokładów siatkówki, przewodniczących czuciu światła, bardzo często pociągają za sobą osłabienie tego zmysłu, to jednakże nie wolno z tego wnioskować, jakoby w przeciwnym względzie osłabienie czucia światła wskazywało zaraz chorobę pierwiastków wrażliwych na światło. Przeciwnie, właśnie stany zapalne nerwu wzrokowego połączone są z tak znacznem osłabieniem czucia światła, że równają się pod tym względem otrętwieniu przy pewnych chorobach siatkówki. Autor badał od 3 lat przeszło 500 przypadków chorób śródgałkowych i to sposobem M a s s o n a. Zastósowanie tarczy Massona wymagające bardzo mało inteligencyi ze strony chorego, a żadnéj akomodacyi, ma być łatwiejsze, aniżeli zastósowanie fotometru Förstera. Zasada zaś, na któréj użycie tarczy Massona polega, nie wchodzi w żadną kolizyję z czuciem przestworu *(Raumsinn)* i siłą wzroku. Rozmiary tarczy pozwalają do pewnego stopnia wciągnąć w zakres badania także i części obwodowe siatkówki. Ze stanowiska klinicznego można obrać sobie jako jedność, nie najniższy stopień fizyjologiczny pojęcia różnicy oświetlenia, ale raczéj największą wartość odpowiadającą dziennemu najsłabszemu oświeceniu. Autor wybrał jako jedność wartościową sektor czarny o 5^0 odpowiadający szparze $^1/_{72}$. Dla bardzo ścisłych badań, jedność wskazuje zdrowe oko badającego, podczas gdy z drugiéj strony, stopień dla określenia różnic światła przy oświetleniu obniżonem oznacza się za pomocą szkieł zadymionych. Jako główną korzyść téj metody podaje Samelsohn, że badanie odbywa się przy naturalnem oświetleniu, na które właśnie oko chore bardzo jest wrażliwe.

Z doświadczeń Samelsohna wynika, że czucie światła daleko częściéj podlega zboczeniom, aniżeli jakościowe czucie barw (*qualitativer Farbensinn)* w skutek czego powinno też częściéj poddawane być badaniu. Ilościowy zmysł barw pozostaje do czucia światła w dokładnym stosunku zależności. Badanie czucia światła wielkiéj jest doniosłości:

1. W rozmaitych postaciach zaćmień ciała szklanego, które mogłyby uchodzić przy nie dość ścisłém badaniu za odczepienie siatkówki;

2. Przy rozróżnieniu pewnych postaci jaskry zwyczajnéj, a spraw zanikowych nerwu wzrokowego;

3. W celach rozpoznania i rokowania w niektórych postaciach zaćm.

J a n n i k B j e r u m z Kopenhagi: O z n a c z e n i u b a d a n i a c z u c i a ś w i a t ł a z e s t a n o w i s k a p r a k t y c z n é j o k u l i s t y k i.

Autor poleca używać zamiast wyrażenia czucie światła, czucie jasności *(Helligkeitssinn)* i podaje graficzny schemat prawidłowych stosunków tego zmysłu. Przy nowych swych badaniach mierzył Bjerum oznakę jasności fotometrem Förstera, do którego dodał zmienioną tabliczkę przedmiotową i tarczę Massona. Wyniki swych badań, które go pouczyły, że uwagi Mauthnera, dotyczące stosunku siły wzroku przy zboczeniach czucia światła, są mylne, streszcza autor w następujących słowach:

W badanych przypadkach zaniku nerwu wzrokowego (6) i środkowego niedowidzenia (*amblyopia centralis*) (14) jest kres czucia *(Reizschwelle)* prawidłowym albo prawie prawidłowym, natomiast w wielkiéj części tychże przypadków bywa znaczne obniżenie pod względem tkliwości na różnicę światła (*Unterschiedsempfindlichkeit)*. W dwóch przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego było obok osłabienia tkliwości na różnicę niemałe osłabienie czucia światła. W innym przypadku zapalenia nerwu wzrokowego był kres czucia światła (czyli podniety, *Reizschwelle)* prawidłowy, a kres różnicy (*Unterschiedsschwelle)* mało co zmieniony. Z czterech przypadków jaskry, w jednym tak kres czucia światła jakoteż czucie odróżniające znacznie było obniżone. W dwóch innych przypadkach, które z dobrym wynikiem były operowane, zboczenie obydwóch czuć, mianowicie zaś odróżniającego, było bardzo znaczne. W czwartym przypadku kres czucia był prawidłowy, a kres różnicy nieco zmniejszony. W kilku przypadkach zapalenia barwikowego siatkówki (*retinitis pigmentosa)* znalazł autor nadzwyczajne obniżenie kresu czucia, a tylko w jednym przypadku było nadto pewne osłabienie czucia różnicy. To samo w dwóch przypadkach kurzéj ślepoty bez zmian wziernikowych. Wyniki te stwierdzają według autora dawniejsze jego przypuszczenie, że zupełnie odrębne istnieją postacie zboczeń czu-

cia światła, w skutek czego wypada koniecznie badać odrębnie tak kres czucia światła, jakoteż różnicy.

Po tym odczycie przystąpił Dr. O. B. Bull z Krystyjanii do odczytu: O poszukiwaniach dotyczących czucia światła i fotometryi.

Poszukiwania jego przedsięwzięte były częścią w zamiarze wyświecenia sprzeczności zachodzących, gdy oznaczamy wśród warunków, czy to prawidłowych, czy też chorobowych oka, jaka jest porównawcza władza wzroku i czucia światła; a daléj poszukiwania te robione były celem ustanowienia, i to na mocy wyników otrzymanych z oznaczenia władzy czucia światła w miejscu oświeconém, ogólnych reguł dotyczących téj władzy.

Poszukiwania te uwzględniają następujące momenta:

1. Badanie ócz zdrowych w miejscu ciemném albo oświeconém;

2. Badanie ócz chorych w tych samych warunkach.

Pierwszy rodzaj badania doprowadził do następujących prawideł:

a) Najmniejsza ilość światła przedmiotowego potrzebna do czucia światła jest u osób o zdrowych oczach zupełnie równą w wieku od 50go do 60go roku życia;

b) Ilość przedmiotowego światła, potrzebna do wywołania czucia światła, przeważnie zależną jest od jakości oświecenia. Ilość ta jest największą, gdy chodzi o żółtą, najmniejszą dla niebieskiego i zielonego; co się zaś tyczy światła odbitego (reflektowanego) to kolor żółty i czerwony zdają się przy oświeceniu nieco obniżoném, względnie ciemniejszym aniżeli szary, podczas gdy szare światło znowu przedstawia się względnie ciemniejszém od niebieskiego i zielonego.

c) Adaptacyja (zastósowanie siatkówki) wywiera bardzo znaczny wpływ na oznaczenie L przy słabém oświeceniu, gdy chodzi bądź to o ocenienie światła w ogólności, albo światła o rozmaitéj łamliwości.

Wpływ ten tak jest wielki, że wyniki otrzymane badaniem w miejscu ciemném, mogą być uważane jako wyraz władzy w mowie będącéj.

d) Jeżeli rozmiary powierzchni obrazu siatkówkowego przyjmiemy jako podstawę dla ocenienia V, przekonamy się, że V (wzrok), L (czucie światła) i C (czucie kolorów) przy użyciu światła bezbarwnego w prostym stosunku ze światłem zmniejszają się.

e) W ogólności można z pewném zaufaniem przyjąć wnioski, o ile dotyczą L, wysnute z wyników przedstawiających się po badaniu władzy ocenienia różnic światła w przestrzeni oświeconéj, jeżeli nadto uwzględnimy badania perymetryczne.

f) Dla oznaczenia władzy czucia różnicy światła używa autor ciemnego tła, na którém umieszczone są przedmioty odbijające rozmaitą ilość światła.

Porównawcze badania L wykonywają się w miejscu oświeconém i to za pomocą tablic fotoptrycznych przez autora zestawionych i Kongresowi przedłożonych. W ciemném zaś miejscu badania te czynią się za pomocą okręcającéj się tarczy o średnicy 1 metra do połowy czarnéj, do połowy białéj a umieszczonéj w odległości 1 metra od podmiotu. Badania te wykazały, że tablice fotoptryczne są zupełnie przydatne do oznaczenia stopnia obniżenia L w rozmaitych warunkach chorobowych. Dopóki przedmioty próby, na tablicach umieszczone, są względnie małe, wynik otrzymany winien być uważany jako wyraz L dla części środkowéj siatkówki. W niektórych chorobach przewlekłych, w których przypuszczać można, że władza adaptacyi siatkówki jest po największéj części czynną, otrzymujemy jako wyraz L liczbę bardzo niską, gdy oznaczamy przy świetle słabém. Tylko badanie perymetryczne, dokonane za pomocą przedmiotu szarego, jest w stanie wykazać pewne obniżenie L. w częściach obwodowych siatkówki. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** wygasła prawie we Francyi południowéj nie zajrzawszy wcale do Lugdunu, a tém mniéj do Paryża. W Hiszpanii występuje słabo w kilku miejscowościach, w Neapolu liczba chorych i umierających zmniejsza się z dnia na dzień, natomiast wybuchła zaraza w Genui, gdzie już kilkanaście osób dziennie zabiera, a ostatniemi dniami zawitała do Wenecyi, i tym sposobem po raz drugi stanęła u wrót Państwa austryjackiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z kiły 1 (1 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 5 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 7—13 września umarło z ospy w Londynie 9, świeżo zapadło 70 (91 z. t.); leczyło się w szpitalach 508 (560 z. t.). W Genewie, Rzymie, Bukareszcie, Maładze, Lizbonie, Nowym Orleanie umarło po 1, w Pradze, Liwerpolu, Madrycie po 2, w Petersburgu i Kalkucie (od 27 lipca do 2 sierpnia) 6, w Madrasie (od 19—25 lipca) 13. Z duru osutkowego umarło w Murcyi 1, w Madrycie 4. Płonica panuje w Amsterdamie. Biegunka panowała w większych miastach. Z cholery umarło w Bombayu (od 6—12 sierpnia) 4, w Kalkucie (od 27 lipca do 2 sierpnia) 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,5; w Warszawie 34,0; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 21,7; w Pradze 25,8; w Berlinie 27,0; w Hamburgu 22,3; we Wrocławiu 34.0; w Gdańsku 26,3; w Kolonii 26,4; w Mnichowie 27,5; w Dreźnie 22,9; w Lipsku 24,0; w Bazylei 14,7; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 31,6; w Paryżu 22,9; w Londynie 17,8; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 20,8; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 26,0; w Odesie 33,4; w Rzymie 23,3; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 22,9; w Madrycie 35,3; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 41,9; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 21,5; w Bombayu 27,3; w Madrasie 27,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 7 do 13 września r. b. umarło osób 67, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,2. W tym czasie umarło 7 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z krztuśca.

W tygodniu od 1 do 20 września r. b. zmarło 67 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,6. W tym czasie zmarło 4 osób z ospy, 5 z płonicy, 4 z błonicy.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 października. Mieliśmy sposobność oglądania fotogramu zbiorowego uczestników IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Na kartonie 66cm. długim a $^1/_2$ metra szerokim umieszczono 250 fotografij uczestników w rozmiarach niedużych, ale też i niezbyt małych, tak że podobieństwo nie pozostawiłoby nic do życzenia, gdyby nawet nie było pod każdém popiersiem wyraźnego i bardzo czytelnego nazwiska. Koło popiersi większego formatu Majera, Szokalskiego, hr. Cieszkowskiego i prof. Janovskiego z Pragi czeskiéj bardzo gustownie ugrupowani są członkowie, pomiędzy którymi znajdują się i dwie panie. Odpowiedni napis, widok i herb miasta Poznania oraz ozdoby, rysowane przez K. Damazego przyczyniają się do upiększenia całości, wyszłéj z pracowni fotografów Rivolego i Sp. w Poznaniu. Cena egzemplarza wynosi 10 marek. Egzemplarz nadesłany do Krakowa będzie wystawiony na pierwszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, niezadługo odbyć się mającém.

* Operowany przez prof. Obalińskiego z powodu skręcenia jelit opuścił już szpital w stanie zupełnego zdrowia.

* Sprawa przywrócenia Akademii józefińskiéj w Wiedniu zdawała się być bliską ostatecznego załatwienia i spodziewano się przedłożenia jéj Delegacyjom niezadługo zebrać się mającym. Tymczasem Węgrzy podnieśli protest przeciw przywróceniu Akademii, nie chcąc ze swéj strony przyczynić się do powstania téj szkoły w Wiedniu, gdzie wykłady odbywałyby się wyłącznie po niemiecku, a czyniąc zależném przyzwolenie swoje od założenia podobnéj szkoły z wykładem węgierskim w Budapeszcie. Tym sposobem sprawa cała zapewne odroczoną zostanie *ad calendas graecas.*

* Odkrycie przez pp. Finklera i Priora w Bonnie w odchodach stolcowych ludzi cierpiących na cholerę swojską prątka, podobnego do prątka przecinkowego Kocha, zajmuje w téj chwili umysły lekarzy. Finkler i Prior demonstrowali preparaty swoje w Berlinie, a podobno Koch miał przyznać wielkie podobieństwo, zachodzące między jednym a drugim prątkiem. Ale sąto tylko wieści niepewne i czekać wypada, aż Koch odezwie się. Wobec ważności kwestyi podajemy dziś znów dokładne sprawozdanie z wykładu wspomnionych badaczy, mianego w Magdeburgu, obznajmiwszy już poprzednio czytelnika z pierwszém ich doniesieniem, ogłoszoném przed paru tygodniami w *D. med. Woch.*

* **Warszawa.** Uniwersytet w Giessen, w ktorym prof. Szokalski otrzymał pierwszy swój dyplom doktorski, przysłał mu obecnie dyplom powtórny na uczczenie 50-letniego jego jubileuszu (*Kur. warsz.*).

Dr. Heinrich otrzymał order Anny 2éj kl. a Dr. Kazimierz Rosenthal św. Stanisława 2éj kl.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. higijeny Nowak z powodu schorzenia otrzymał urlop na czas dłuższy a ministerstwo powołało do zastępstwa niedawno mianowanego profesorem nadzw. w Gracu Dra Grubera, ucznia Pettenkofera.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Bujwida: Śluzowe włókna spiralne w plwocinie i wartość ich rozpoznawcza; Zweigbauma: Wypadnięcie pochwy z opadnięciem macicy — częściowe wycięcie — wyzdrowienie. — W *Medycynie* Nr. 39: Kosińskiego: Wycięcie nerki, wykonane d. 13 marca 1884 w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się Konkurs na posadę Asystenta Iszego przy katedrze anatomii opisowéj c. k. Wszechnicy Jagiellońskiéj. Podania należy wnieść do dnia 14 Października br. na ręce dziekana.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.